Lane Medical Library

Die Intrauterinpessarien und ihre Geschichte.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

königl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Oskar Burwinkel

cand. med.

aus Vechta (Grossherzogthum Oldenburg).

Würzburg.

Paul Scheiner's Buchdruckerei.

1887.

Referent: Herr Geheimrath Prof. Dr. Scanzoni v. Lichtenfels.

Seinem theuren Vater

dem

Dr. med. Burwinkel

zu Vechta

in

kindlicher Liebe und Verehrung

gewidmet

vom Verfasser.

Die Sterilität ist eine der häufigsten Functionsstörungen der Frauen. Sie kann einerseits bedingt sein durch mangelhafte Entwickelung und pathologisch-anatomische Veränderungen der Sexualorgane; sie ist dann eine absolute und spottet jeder ärztlichen Kunst. Sie kann andererseits aber auch ihren Grund haben in Lage- und Gestaltveränderungen des Uterus, wo zwar die äusseren Bedingungen für eine Conception gegeben sind, wo indess bestehende Versionen und Flexionen dieselbe beeinträchtigen. So hatten nach *Reiche* unter 250 primär sterilen Frauen 103 Anteflexionen, 68 Retroversionen und Flexionen, von 255 secundär d. h. die schon einmal geboren hatten, 61 Lageveränderungen nach vorn, 111 Lageveränderungen nach hinten. Hiernach leiden also $^2/_3$ aller sterilen Frauen an irgend einer Form uteriner Malposition. Zu einem gleichen Resultat kommt auch *Olshausen*, der bei 23 verheiratheten Frauen 9 mit Anteflexion vorfand, welche trotz vieljähriger Ehe noch nicht concipirt hatten. Bei 7 anderen hatte zwar eine Conception stattgefunden, gewöhnlich jedoch nur eine und war dann schon eine 4jährige oder noch länger dauernde Pause darauf gefolgt zur Zeit, als die Flexion zur Beobachtung kam, so dass man auch hier unter Berücksichtigung des Alters der Patienten annehmen musste, dass sie durch acquerirte Anteflexion steril geworden waren. Nach

C. Mayer sind allerdings nur in 35 % aller sterilen Frauen Flexionen nachzuweisen. Auf rein mechanischem Wege können wir das Fehlen der Conception wohl nicht erklären. Jedenfalls sind es extrem seltene Fälle, wo in Folge von Knickungen des Cervix die Atresie im Verlauf des Genitalapparates eine so bedeutende ist, dass die Samenfäden ihren Weg in die Uterushöhle nicht noch fänden. Nicht zu leugnen ist allerdings, dass eine entsprechende Weite und Durchgängigkeit des Cervix dem Zustandekommen der Conception besonders günstig ist; dafür spricht ja auch die allgemeine Erfahrung, dass nach einmal eingetretener Conception die folgenden mit Leichtigkeit und in oft unerwünscht kurzen Zwischenräumen zu Stande kommen. Möglich aber ist die Conception, insofern es eben nur auf Einwanderung von Spermatozoen ankommt in allen Fällen, wo überhaupt eine und wäre es auch nur die geringfügigste Communication zwischen Scheide und Uterushöhle vorhanden ist. Vielmehr sind es die Catarrhe und Reizungszustände der Gebärmutter, welche als Folgezustände ihrer anormalen Lagerung auftreten, die eine Befruchtung und Austragung des Eies nicht zulassen. In diesen Fällen nun kann und muss der Arzt helfen. Hängt doch von seinem erfolgreichen Eingreifen nicht nur das Glück einzelner Menschen und Familien ab, sondern möglicherweise sogar, wie *Marion Sims* sagt, grosse sociale Fragen und die Wohlfahrt des Staates. Schon nach dieser einen Hinsicht hin wäre es für den Arzt ein erhebendes Selbstgefühl, wenn er auf Grund der Erkenntnis des primären Übels die Frauen zu ihrer wahren Bestimmung zurückführte. Doch nicht die Wichtigkeit dieser Sache muss den Arzt zu segensreichem Eingreifen veranlassen, auch die körperlichen

Beschwerden solcher unglücklichen Frauen verlangen gebieterisch eine entsprechende Behandlung. Das Leben dieser Frauen ist oftmals wirklich ein bedauernswerthes. Zu der quälenden Sorge, vielleicht für immer auf das hehre Mutterglück verzichten zu müssen, kommen oft noch körperliche Beschwerden und Schmerzen hinzu, die jeden Lebensgenuss verbittern und auch dem behandelnden Arzt seinen Beruf verleiden. Nur zu oft sind Hysterie und selbst psychische Leiden Folgezustände der nicht mehr normal functionirenden Sexualorgane, wenn dieselben auch gar häufig als solche nicht richtig erfasst werden. All' die lästigen Symptome der Lagerungsanomalien des Uterus zu heben, die Frau ihrer eigentlichen Bestimmung wiederzugeben und ihr neue Lust und Liebe zum Leben zu verschaffen, das sind Ziele, die uns den Eifer der Gynaecologen aller Länder erklären, mit welchem sie dies Leiden zu heben versucht haben. Unzählige Methoden sind zu diesem Zweck mit grossem Scharfsinn ersonnen, erbitterte Kämpfe sind zu ihrer Vertheidigung von den Autoren geführt. Aber leider noch immer nicht sind die Erfolge vollständig zufriedenstellend, und auch in unseren Tagen, wo die Geburtshülfe unter dem segensreichen Einfluss der Antisepsis so grossartige Erfolge aufzuweisen hat, trotzt dies Übel noch oft der jahrelang hindurch mit grösster Consequenz und Gewissenhaftigkeit angewandten Therapie. Es gab allerdings eine Zeit, wo man glaubte, dass endlich eine mechanische Behandlung gefunden sei, die mit fast absoluter Sicherheit das Übel zu heben oder doch die Folgen verschwinden zu lassen im Stande sei. Ich meine die Zeit, wo die Intrauterinpessarien von vielen namhaften Grössen auf dem Gebiet der Gynaecologie als eine vorzügliche Curmethode

gepriesen wurden. Wie alle Zweige der Wissenschaft, so nahm auch die Medizin in Frankreich nach der Revolution einen ungeahnten Aufschwung; ebendaselbst scheinen auch die Intrauterinpessarien zum ersten Mal in Anwendung gezogen sein. In Deutschland sollen allerdings schon *Möller* und *Osiander* vorher die mechanische Reposition des abnorm gelegenen Uterus versucht haben. Von *Amussat* ist es jedenfalls constatirt, dass er in den zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts die Idee gehabt und ausgeführt hat, Flexionen der Gebärmutter durch Einführung einer „petite tige droite en ivoire" in den Uterus zu heilen. Dies Verfahren soll ihm auch mehrmals sehr gute Dienste geleistet haben. Das von ihm angewandte Pessar gleicht fast vollständig dem später von *E. Martin* angegebenen und allgemein gebrauchten einfachen Regulator. Doch vergingen wieder 2 Decennien, ohne dass dies neue Heilverfahren eine nöthige Berücksichtigung fand und sich in der Praxis einbürgerte; die Zukunft derselben schien jedoch gesichert, als eine Grösse, wie *James Simpsom* im Jahre 1848 drei verschiedene Instrumente zur intrauterinen Behandlung angab und glänzende Erfolge mit denselben erzielte. Wiederum war es ein Pariser Gynaecologe, *Valleix*, der das neu empfohlene Verfahren prüfte, und welches nach seinen Angaben gradezu verblüffende Resultate hatte. In 117 von ihm behandelten Fällen will er 78 Mal vollständige Heilung, 25 Mal eine merkliche Besserung erzielt haben; nur 14 Mal liess die Therapie in Stich. Natürlich erregten diese vorzüglichen Erfolge das berechtigte Aufsehen aller Geburtshelfer und verschafften den Intrauterinpessarien eine vielleicht zu ausgedehnte Anwendung. Leider lauteten die Mittheilungen anderer Fachmänner über

die Intrauterinpessarien nicht so günstig; die Nachtheile derselben, die nach *Valleix* nur in ganz leichten Zufällen beständen, wurden als sehr bedenklich geschildert. Und als sogar einige Todesfälle in Folge der intrauterinen Behandlung bekannt wurden, da prüfte die Academie zu Paris die neue Curmethode; die Schiedsrichter sprachen sich entschieden gegen dieselbe aus und suchten sie ganz und gar aus der Praxis zu verbannen. Auch in Deutschland fand das neue Verfahren alsbald Eingang und viele Lobredner unter den Autoren. Besonders von *Kiwisch* wurde es warm empfohlen; mit seinem neu construirten Apparat hatte er nicht minder glänzende Curerfolge zu verzeichnen, als sein französischer College. Alsbald wurden auch von *C. Mayer* und *Rockwisch* Mittheilungen gemacht, welche obiges Verfahren als sehr zweckmässig empfahlen. Ein neues Instrument wurde zu dieser Zeit von *Detschy* angegeben und Hysteromochlion benannt, welches mit bestem Erfolg angewandt wurde. Doch auch in Deutschland erfolgte alsbald eine heftige Reaction. Sehr viele und gewichtige Autoritäten bekämpften die neue intrauterine Behandlung auf's Energischste, allen voran *Spiegelberg* und *Scanzoni*, ferner noch *Hohl*, *Lehmann* und auch *Seifert* in Prag. Selbst grössere medizinische Gesellschaften betheiligten sich alsbald an dem Streit für und wider die Intrauterinpessarien. So liess die gynaecologische Section der Naturforscherversammlung zu Wien durch *Scanzoni* folgende Erklärung abgeben: Bei weitem die Majorität der Autoren sei gegen die mechanische Behandlung, welche nicht ohne Gefahr und stets nutzlos oder doch nur von vorübergehendem Nutzen sei. Nur ein Zufall sei es zu nennen, wenn bleibende Heilung erfolge. Alle Lehrer

sollten im Interesse des Weibes, im Interesse der Menschheit die Pessarien zu beseitigen streben. Nicht viel günstiger fiel auf der Naturforscherversammlung zu Dresden (1868) *Credé*'s Urtheil aus. Trotz dieser vernichtenden Kritik fand das genannte Verfahren noch immer genug und begeisterte Anhänger. Besonders *E. Martin* wandte den bereits oben genannten einfachen Regulator sehr häufig an und will von demselben stets die besten Erfolge gesehen haben. 138 Mal liess er denselben tragen; 68 Fälle von dauernder Heilung und 38 Fälle von Gravidität krönten seine Versuche. *Scanzoni* wünscht *Martin* Glück zu seinen glänzenden Resultaten, die er ja ohne der Wahrheitsliebe seines Collegen zu nahe zu treten nicht bezweifeln dürfe; doch könne er sich dieselbe nur durch die Annahme erklären, dass die Berliner Gebärmutter weniger renitent seien, als die der Würzburger Frauen und Jungfrauen. Es theilten sich in Deutschland die Gynaecologen vollständig in 2 Heerlager. Während *Veit, Hildebrandt, Olshausen* und auch *Schröder* die Intrauterinpessarien als entschieden zulässig und in vielen Fällen als heilbringend empfahlen, blieben *Spiegelberg, Scanzoni, Credé, Freund, Hüter* und viele andere nicht zu bekehrende Gegner. Wie in Deutschland, so standen sich auch in anderen Ländern die Ansichten der Gynaecologen in dieser Beziehung schroff gegenüber. Grade als der Kampf noch am erbittersten geführt wurde, trat *Winckel* mit seiner interessanten Schrift in die Öffentlichkeit „Die Behandlung der Flexionen des Uterus mit intrauterinen Elevatoren". Der Verfasser gibt zuerst eine ausführliche Geschichte und die verschiedenen Formen derselben an. Zum allgemeinen Gebrauch empfiehlt er nur 2 Instrumente: 1. einfache Stifte mit einem Knopf

(Elevatoren oder Regulatoren benannt) und 2. dieselben an einem hölzernen oder elastischen Pessarium in der Scheide befestigt resp. von demselben getragen. *Winckel* gibt für den Gebrauch dieser Pessarien folgende Vorschriften: Die Stifte sollen ½—1½ cm kürzer sein, als die vorher mit der Sonde ausgemessene Uterushöhle, sie sollen nicht zu dick und nicht zu schwer sein, kurz für jeden speciellen Fall soll ein besonderes Instrument ausgesucht werden. Mit der Hand allein soll man die Einführung vornehmen; ferner hält *Winckel* es nach seinen Erfahrungen für überflüssig, die Gebärmutter durch eine täglich für kurze Zeit eingeführte Sonde weniger empfindlich zu machen gegen den Reiz. Ebensowenig hält er die von manchen Gynaecologen gegebene Indication aufrecht, den inneren Muttermund durch Dilatationsmittel, wie Pressschwamm, Laminaria, Gentiana zu erweitern. Die Einführung geschieht am besten in der Rückenlage, bei Anteflexion manchmal auch in der linken Seitenlage der Frau; man nimmt diesen Act in 2 Stadien vor, in dem Einschieben der Stiftspitze in den äusseren Muttermund und dem Hinaufschieben des Stiftes durch den inneren Muttermund, wobei bei den unter No. 2 genannten Instrumenten zugleich die Zurechtlegung der Scheidenpessarien verbunden ist. Sollten sich bei diesen Manipulationen Schwierigkeiten finden, so führt man vorher die Sonde ein und neben dieser den Stift. Einige Tropfen Blut haben bei dieser Operation nichts zu bedeuten. Auf das Verhalten der Patientin nach Einlegung des Pessars ist grosses Gewicht zu legen. Dieselben können allenfalls noch nach Hause hin gehen, jedenfalls aber nicht fahren; eine ruhige Lage ist das sicherste und sie ist sogar geboten, sobald sich irgend welche Schmerzen

einstellen. Sollten diese durch eine 3 bis 4tägige absolute Ruhe und durch Umschläge um den Leib nicht verschwinden, so darf der Stift nicht länger liegen bleiben. Der abfliessende Uterusschleim sammelt sich nun leicht zumal bei den combinirten Pessarien oberhalb der Platte an, und um der Zersetzung desselben vorzubeugen, werden Injectionen von lauwarmem Wasser allein oder mit Zusatz von Kal. ubermang. resp. Natr. carbol. in Lösung vorgenommen. Für eine regelmässige und leichte Stuhlentleerung ist zu sorgen, da stärkere Füllung des Mastdarms mit Faecalmassen und Pressen bei deren Entleerung die Lage des Pessariums und des Uterus verändern. Alle Bewegungen, die wie Springen, Tanzen, Reiten eine starke Erschütterung des Körpers mit sich bringen, sind zu verbieten. Doch kann die Patientin, wenn einmal das Pessar gut liegt, ihren gewöhnlichen häuslichen Beschäftigungen nachgehen. Nur zur Zeit der Menstruation, zumal der zuerst auftretenden, wird Bettruhe rathsam sein, da bei dem erweiterten und schlüpfrigen Uterus der Stift leicht herausgleitet. Im Übrigen werden die gut liegenden intrauterinen Elevatoren ebensogut wie die Vaginalpessare monate- ja selbst jahrelang vertragen. Doch zieht *Winckel* es vor, dieselben von Zeit zu Zeit zu entfernen, theils um entstandene Erosionen der Mutterlippen oder Scheidengeschwüre zu heilen, theils um neue Stifte einzulegen, wenn die alten nicht mehr gut liegen. Die Entfernung der letzteren gelingt leicht mittels 2 Finger oder der Kornzange. Das Verhalten des Uterus und seiner Umgebung dem eingelegten Fremdkörper gegenüber hat *Winckel* genauer untersucht: Bei dem Passieren des inneren Muttermundes fühlt die Kranke stets ein gewisses Unbehagen, manchmal auch Schmerz, ebenso

wenn, was eigentlich nicht vorkommen soll, die Spitze des Stiftes den Uterusgrund berührt. Auf diese Reize hin reagirt das Organ mit Contractionen, das Pessar wird fest umfasst und kann nicht mehr herausgleiten, selbst wenn sein Knopf wie bei Retroflexionen dem Introitus vaginae sehr nahe liegt und von den Scheidewänden fast gar nicht gestützt wird. An diesen Contractionen betheiligen sich auch die muskulösen Befestigungsapparate des Uterus; dadurch wird derselbe, der vorher geknickt war, nicht nur gestreckt und verkürzt, sondern auch mehr erhoben und der normalen Lage genähert. Hat der Elevator einige Zeit gelegen, so fehlt fast nie etwas Absonderung aus dem Uterus oder ein reichlicherer Ausfluss, als vorher. Dieser rührt von den Geschwüren und Erosionen her, die demselben auch noch wohl einige Tropfen Blut zusetzen. Die bedeutendsten Veränderungen zeigen die der Einlegung des Stiftes zuerst folgenden Menstruationen sowohl nach ihrer Menge als nach ihrer Beschaffenheit. Sie werden reichlicher, länger anhaltend und sind mit Blutgerinnseln vermischt; dieselben sind jedoch nur klein und rühren theils von den Erosionen her, theils haben sie ihre Ursache in den durch das Vorhandensein des Stiftes nach der Gebärmutter bedingten Congestionen. Niemals jedoch sah *Winckel* sich gezwungen, wegen übermässiger Blutung den Stift zu entfernen. Zeitweise treten auch in Folge der Reizung des Fundus uteri durch den Stift Spannungen und Contractionen auf, die zwar etwas schmerzhaft sind, aber bedeutend zur Besserung der Gestalt des Organs und seiner Wände beitragen. Haben sich die Frauen erst an das Tragen der Pessarien gewöhnt, so wird das Allgemeinbefinden oft ausserordentlich schnell und sehr merklich gebessert. All' jene lästigen

Symptome von Seiten der Blase, des Mastdarms und besonders auch des Nervensystems lassen bedeutend in ihrer Intensität nach, und nicht selten können Frauen, die früher das Bett nicht verliessen, ihren häuslichen Beschäftigungen nachgehen. Im Ganzen hatte *Winckel* bis zur Herausgabe seiner Schrift 22 Fälle mit intrauterinen Elevatoren behandelt, an der Hand dieser stellt nun der Verfasser die Indicationen und Curerfolge auf. Zunächst warnt er vor dem Irrthum, stets eine Flexion zu diagnostisiren, wo nur eine temporäre Dislocation besteht. Nur durch häufige, in den verschiedensten Zeiten und in den verschiedensten Lagen der Frau vorgenommenen Untersuchungen wird dies verhütet. Doch eignen sich nach *Winckel* durchaus nicht alle, wenn auch diagnostisirte Flexionen der Gebärmutter für eine intrauterine Behandlung; vielmehr sieht er eine Contraindication in Beckenexsudaten (Peri- und Parametritis.), in den Tumoren des Uterus (Myome, Fibrome, Sarcome), entzündlichen Adhaesionen, welche die Reposition des Organs schwer und schmerzhaft machen; ebenso schliessen auch abnorme Sensibilität und eine gewisse Energielosigkeit von Seiten der Kranken diese Behandlung aus. Keineswegs gilt dasselbe auch von den vorhandenen Erosionen der Mutterlippen, starkem Ausfluss und Menorrhagien; doch soll man die Erosionen zuvor heilen und erst den Stift einlegen, wenn man den Zusammenhang der Blutungen mit der Knickung erkannt hat. Bei den Versionen wendet *Winckel* den Stift nur selten an, doch theilt er nicht *Olshausen* Ansicht, dass nur Ante- nicht aber Retroflexionen sich für diese Therapie eigneten. Eine allzu rasche Heilung ist in der Mehrzahl nicht zu erwarten, und alle etwa eintretenden günstigen Ereignisse sind auch nicht stets

einzig und allein der eingeleiten intrauterinen Behandlung zuzuschreiben. Was nun die gewonnenen Resultate anbetrifft, so stützen dieselben sich allerdings grösstentheils auf die Angaben der Patientinnen. Doch glaubt *Winckel*, diese füglich nicht bezweifeln und als irrelevant erklären zu dürfen: hatten doch die meisten Frauen anfangs eine Antipathie oder gar eine grosse Angst vor allen Instrumenten, die in die Genitalien eingelegt und dort liegen bleiben sollten. Von seinen 22 Patientinnen behaupten nun aber 14, d. h. 66 % mit aller Bestimmtheit, dass ihre subjectiven Beschwerden seit Einlegung der Instrumente bedeutend geringer geworden seien. Und zwar wurden in 4 Fällen die Perioden weniger schmerzhaft, und bei ebenso vielen Frauen wurde der lästige Harnzwang geringer und seltener und nahmen die Schmerzen bei der Urinentleerung ab, ebenfalls in 4 Fällen verschwand der Druck im Kreuz und die schmerzhafte Zusammenschnürung im Mastdarm und der Oberbauch wurde freier. Eine Patientin wurde von dem lästigen Wühlen im Leib befreit und bei zweien hörte der Globus hystericus auf. Je 3 Kranke gaben an, dass Herzklopfen und Beklemmungen, oder die Lahmheit in den unteren Extremitäten wesentlich gebessert seien. Dass dieser Erfolg in erster Linie den Intrauterinpessarien zuzuschreiben ist, wird dadurch gewiss, dass nach ihrer Entfernung alsbald die früheren Beschwerden sich wieder einstellten, und die Patientinnen die Wiedereinlegung dringend verlangten. Also sagt *Winckel* ist die Cur nicht nur berechtigt und nothwendig, sondern ihre Unterlassung ein Unrecht gegen die Patientin.

Weit wichtiger als diese subjectiven Zeichen der Besserung sind die objectiven, wie sie vom Arzt beob-

achtet und controlirt werden können. Eine Verbesserung der Lage des Uterus durch die Pessarien ist zunächst ja jederzeit zu constatiren; ebenso ist die Verminderung der menstrualen Blutung und das seltenere Eintreten derselben ein nicht zu unterschätzender Erfolg. Auch bei Menorrhagien, die allen anderen Mitteln trotzten, zeigte sich diese Curmethode vorzüglich, indem die Blutungen dauernd vermindert und regulirt wurden. Ferner wird die Verdauung sehr gehoben: der Appetit bessert sich, die Zunge wird rein, Obstipation und auch hartnäckiges Erbrechen hören auf. Selbst schwere Reflexneurosen, Ohnmachtsanwandlungen und durch Retroflexion bedingte epileptische Anfälle sah *Winckel* unter seiner Behandlung weichen. Wird der intrauterine Elevator längere Zeit getragen und dadurch die Dehnung des Uterus durch Stagniren des Secretes verhindert, so nimmt auch alsbald die Länge des Organs ab und seine Wände werden derber und consistenter. Es findet eben ein regerer Gewebswechsel statt und der Uterus zeigt eine entschiedene Neigung zur Rückkehr auf die normalen Verhältnisse. Durch diese Umstände wird natürlich eine Conception leichter erfolgen, und in der That sah auch *Winckel* in 36 % Auftreten von Gravidität nach Vollendung seiner Cur. Jedenfalls ist nach Ausschluss aller anderen Eventualitäten in 14 % einzig und allein durch seine orthopädische Behandlung vollständige Heilung erzielt. *Winckel* zögert keinen Augenblick, die Frage, ob durch seine Knickungsapparate Flexionen radical geheilt werden können, voll und ganz zu bejahen. Man muss doch eine Patientin als vollkommen geheilt betrachten, wenn nach erfolgter Entbindung und abgelaufenem Wochenbett die Involution des Uterus vollständig vor sich geht und derselbe in

seiner Gestalt und Lage normal bleibt. Freilich spricht eingetretene Schwangerschaft noch nicht absolut sicher für eine Heilung, wie denn auch *Winckel* eine in Retroversio umgewandelte Retroflexio beim Eintritt der Gravidität sich wieder einstellen sah. Von seinen 22 mit Intrauterinpessarien behandelten Patientinnen sind wahrscheinlich 27 %, ganz gewiss aber 14 % radical geheilt. In 33 % war zwar eine bedeutende Besserung nicht zu verkennen; doch trat die Knickung nach Entfernung der Instrumente wieder auf. Gern gesteht *Winckel* zu, dass seine Resultate denen von *Valleix* (71 % Heilungen), *E. Martin* (44 %), *Mayer-Rochwitz* (67 %), *Olshausen* (30 %) nicht an die Seite zu stellen sind; doch glaubt er dies Missverhältniss einerseits auf sein ungünstiges Material — es handelte sich fast stets um veraltete Fälle — andererseits aber auch auf die ungenauen und zu kurzen Beobachtungen obiger Autoren zurückführen zu müssen. Zugleich mit der mechanischen Behandlung combinirte *Winckel* eine allgemeine; auf alle etwa gleichzeitig bestehenden Complicationen wurde genau geachtet. Durch Injectionen in die Scheide, durch Anwendung der kalten Douche, durch Gebrauch roborirender (See-) Bäder und tonisirender Medicamente wie Chinin, Eisen u. s. w. wurden gleichzeitig bestehender Ausfluss, Erschlaffung des Uterus und die Constitution der Kranken zu bessern gesucht. Die Dauer der Behandlung erstreckte sich auf mindestens 4—6 Monaten, in den meisten Fällen auf eine noch längere Zeit. Manche Frauen trugen den Stift über ein Jahr hinaus ununterbrochen.

Was nun die Indication anbetrifft, so sieht *Winckel* dieselbe nur in 10 % der Flexionen. Unter 223 Fällen wandte er nur 22 Mal die Intrauterinpessarien an;

während *E. Martin* doppelt so oft (19,3 %) zu dieser Behandlung schritt.

Nun geht der Verfasser dazu über, die gefährlichen Ereignisse seiner Cur zu schildern und die Einwände der Gegner zu erwidern. Er hat die feste Überzeugung bei den von ihm behandelten 22 Fällen gewonnen, dass sehr wohl eine Auswahl sich treffen lasse, dass fatale lebensgefährliche Zustände ganz sicher vermieden werden. Ihm persönlich sind sie nie begegnet; kleinere unliebsame Zufälle sah er unter geeigneter Behandlung schnell und sicher schwinden. Die schwerste Erkrankung, die sich an das Tragen eines Elevators anschloss, war eine Metritis, welche die Cur jedoch nur auf 16 Tage unterbrach und ihre Fortsetzung dann weiter gestattete. In einem anderen Falle liess eine geringe rechtsseitige Parametritis, die in Folge einer übermässigen Anstrengung entstand, die Entfernung des Stiftes rathsam erscheinen. Im Anfang wurden dagegen leichte Schmerzen fast constant beobachtet, doch vergingen dieselben rasch mit Ausnahme eines Falles, bei dem sie sich zur Uteruscolik steigerten. Die orthapädische Behandlung wurde dann ausgesetzt, ebenso wenn die Kranken über Stechen im Mastdarm und Unbehagen klagten. Doch waren diese Symptome im Vergleich zu den früheren so gering, dass die meisten Frauen die Einlegung eines neuen Pessars dringend wünschten. Von den Einwänden der Gegner berücksichtigt er nur die von *Scanzoni*, dem er Einseitigkeit in der Auswahl der Instrumente vorwirft. Die heftigen Entzündungen des Peritoneums und der Gebärmutter, wie sie von *Scanzoni* und anderen Autoren beobachtet wurden, seien hauptsächlich durch unpassende Instrumente verschuldet, auch die der Einlegung der Stifte

vorangegangenen Sondirungen seien gefährlich und könnten grosse Gefahren mit sich bringen. Überhaupt ist nach *Winckel* die Behandlungsweise von *Scanzoni* ganz und gar unzweckmässig: dieser lasse nämlich das Instrument nur mehrere Stunden am Tage tragen, und ein tägliches Einführen desselben rufe natürlich einen grösseren Reizzustand hervor, als ein längere Zeit und gut sitzendes. Warum sollen deshalb *Scanzoni*'s Misserfolge so hoch angeschlagen werden; stehen denselben doch compensirend die glänzenden Resultate von *Olshausen*, *E. Martin* gegenüber? Und selbst wenn einige Todesfälle vorgekommen sind, ist dies ein Grund, die intrauterine Behandlung ganz und gar zu verdammen. Mit demselben Rechte müsste man ja die grösste Wohlthäterin der leidenden Menschheit, die Narkose verbieten; denn auch das Chloroform hat schon den Exitus lethalis mancher Menschen verursacht. Was ferner den Vorwurf *Scanzoni*'s betrifft, die Intrauterinpessarien machten Uteruscoliken, so sei dieser sehr vorsichtig aufzunehmen; denn er, *Winckel*, vermisse die Angabe, durch welche Instrumente dieselben hervorgerufen seien, wie lange sie gedauert und ob ihretwegen der Stift jedesmal entfernt sei. Die als so gefährlich geschilderten profusen Blutungen seien auch nicht so schlimm. Also sagt *Winckel*, die erwähnten Gefahren können alle leicht umgangen werden und die intrauterine Behandlung involvirt für die Kranken keine nennenswerthen Gefahren, wenn nicht etwa a) unpassende Instrumente oder b) ohne nöthige Vorsicht eine unzweckmässige Methode oder c) ungeeignete Fälle angewandt oder d) unvorhergesehene schädliche Einwirkungen, plötzliche Anstrengungen, Fall, Stoss u. s. w. eingetreten sind. Doch solche Umstände können ja die kleinste Operation

lebensgefährlich machen. Nach seiner Erfahrung erklärt *Winckel* die Behauptung *Scanzoni*'s, durch Intrauterinpessarien sei eine Hebung des Übels nicht möglich, für absolut unrichtig. Zum Schluss spricht er sich in seiner Arbeit folgendermassen aus: „Wer aber ohne Vorurtheil beobachten will, nüchtern kritisirt, streng die einzelnen Fälle aussucht, vorsichtig verfährt, nicht zu schnelle Erfolge erwartet, sondern mit Beharrlichkeit seine Bemühungen fortsetzt, der wird, ich zweifle nicht daran, dieser Methode doch zuletzt seine Anerkennung nicht versagen, und ich kann mich der Hoffnung nicht verschliessen, dass Gynaecologen wie *Scanzoni*, *Spiegelberg* und andere sich die Mühe nicht verdriessen lassen werden, nochmals einen Versuch mit derselben zu machen."

Durch diese Schrift trat natürlich die Frage nach dem Werth der Intrauterinpessarien von neuem in den Vordergrund. Zuerst liess *Spiegelberg* eine scharfe Erwiderung folgen. Ihm hatte *Winckel* ungenügende Erfahrung in der Sache, Übertreibung und Entstellung der Gefahren vor seinen Zuhörern vorgeworfen. *Spiegelberg* erklärt auch durch das Erscheinen dieser Flugschrift nicht zur Überzeugung gekommen zu sein, dass die von *Winckel* empfohlene Cur ungefährlich oder nothwendig sei; doch gebe er gerne zu, dass sie in einzelnen seltenen Fällen wünschenswerth erscheinen könne. Dies habe er jedoch auch zugestanden in der Dissertation von *Rosemann*, in der er sich gegen die Intrauterinpessarien ausgesprochen habe. In wie weit die Resultate der Anhänger der Intrauterinpessarien einzig und allein diesen zuzuschreiben seien, oder ob nicht die allgemeine Behandlung das Meiste geleistet habe, das wage er auch jetzt noch nicht zu entscheiden. Doch wozu,

schreibt *Spiegelberg*, diese so oft besprochenen Differenzen noch weiter ausspinnen? So lange man mir nicht den Beweis liefert, dass ohne intrauterine Streckung dieselben Heilresultate, wie mit ihr, sich nicht erzielen lassen: so lange ich wenigstens das Gegentheil für möglich halte, verwerfe ich diese Behandlungsweise und verwerfe sie umsomehr, als ihre Handhabung von Seiten Ungeschickter zu traurigen Resultaten führen muss, wie sie es schon so oft gethan hat. Und die Hoffnung, die *Winckel* ausspricht, dass ich mich die Mühe nicht werde verdriessen lassen, nochmals einen Versuch mit der Methode zu machen, scheint mir wahrlich keine Berechtigung zu haben. Zu gleicher Zeit gibt auch *Schultze* in Bezug auf die Intrauterinpessarien seine Erfahrungen und seinen Standpunkt dahin ab, dass nur in seltenen Fällen einzig und allein durch diese es erreicht würde, dass der Uterus seine normale Lage und Gestalt behielte. Bei Anteversionen und Flexionen der Gebärmutter sei die mechanische Behandlung zwecklos, oft sogar schädlich; Retroversionen und Flexionen sollen, wenn sie reponibel sind, reponirt werden und zwar manuell, nicht mit der Sonde; meist ist es auch nöthig, den Uterus in der normalen Stellung durch mechanische Mittel zu erhalten. Das einzig rationelle Mittel zur Reponirterhaltung des retrovertirt und flectirt gewesenen Uterus ist Retroposition der Vaginalportion. Die vielfach gebräuchlichen Intrauterinpessarien haben diese Wirkung gar nicht. Dieselbe wird erreicht durch Vaginalpessarien in der von mir angegebenen Form. Der intraabdominale Druck hält den Uterus in normaler Anteversion, sobald die Vaginalportion hinten fixirt ist.

Doch auch die Anhänger der Intrauterinpessarien zögerten nunmehr nicht länger, die auf eine noch geringe Anzahl von Fällen gestützten Erfahrungen *Winckel*'s zu bestätigen und eventuell zu corrigiren. Zumal *Olshausen*, der früher einige ungünstig abgelaufene Fälle veröffentlicht hatte, publicirte jetzt zahlreiche günstige Resultate. Von 297 Fällen behandelte er 81 intrauterin, also 27,3 % und zwar von 128 Anteflexionen 66 d. h. 51 % und von 50 Retroflexionen 13 = 26 %. Jedoch erwiesen sich 13 Frauen von vornherein ungeeignet für diese Behandlung; dieselbe wurde mithin 68 Mal d. h. in 22,9 % der Fälle fortgesetzt. *Olshausen* gesteht nun selbst zu, dass er nicht sorgfältig genug in der Auswahl der Fälle gewesen ist, in Zukunft werde er die Contraindicationen erweitern, die Indicationen aber einschränken; dann werde er zu demselben Verhältniss kommen, wie auch *Winckel* (10 %). Ausserdem wurden noch 5 Frauen, die weder eine Version noch Flexion hatten, intrauterin behandelt, es beziehen sich also die folgenden Angaben auf 86 Fälle. Zur Anwendung kamen die Intrauterinpessarien bei Frauen, welche geboren hatten, 25 Mal, bei nulliparen Frauen 55 Mal, bei nulliparen Unverheiratheten 6 Mal. Das summarische Resultat der Behandlung in sämmtlichen Fällen ist folgendes: Die Intrauterinpessarien erregten peri- oder parametritische Processe 7 Mal, wurden wegen Blutungen oder Schmerzen wieder entfernt 10 Mal, wurden vertragen und die angefangene Cur wurde weitergeführt 66 Mal, fielen immer wieder heraus, weshalb die Behandlung aufgegeben wurde, 3 Mal. Abgesehen von diesen 3 letzten Fällen wurden sie also in 20 % nicht vertragen. 10 Mal war der Nachtheil jedoch ein schnell vorübergehender, 7 Mal ein erheblicher, da Entzündungen auftraten. Übrigens

nahm keiner dieser Fälle, also keiner von 86, einen tödtlichen Ausgang; überhaupt hat *Olshausen* diesen nie gesehen, auch nicht bei seinen früheren Fällen. Was nun den Nutzen in jenen 66 günstigen Fällen anbetrifft, so kommt hier wesentlich zweierlei in Betracht: die Beseitigung der Beschwerden und in vielen Fällen die Beseitigung der bestehenden Sterilität. Eine Heilung im anatomischen Sinne (Heilung der Flexion) ist nun meistens, wie *Olshausen* zugesteht, gar nicht nöthig und wird auch nur selten erreicht; er weiss auch nicht, wie oft eine solche eingetreten ist, da er nie nach Beendigung der Cur den schliesslichen Erfolg in anatomischer Hinsicht controliren konnte. Doch hält er eine vollständige Restitutio auch nach dieser Richtung hin für durchaus nicht ausgeschlossen, wenngleich er sie selbst nur in wenigen Fällen beobachtet hat. Jedenfalls aber setzt die Besserung und Beseitigung der Beschwerden auch einen Erfolg in anatomischer Beziehung voraus; doch braucht dies häufig nicht einmal eine deutliche Verminderung, geschweige denn eine Beseitigung der Flexion zu sein; es genügt vielmehr eine dauernde Erweiterung der im Kanale des Uterus stenosirten Stelle, um die Beschwerden erheblich zu lindern oder zu beseitigen. Dies gilt vorzugsweise von der hervorragendsten Beschwerde der Dysmenorrhoe im engeren Sinne, den menstrualen Uteruskoliken. Mit Besserung dieser pflegt diejenige der übrigen Beschwerden, der Neuralgien, wie der Migräne, der Intercostal und Lumbalneuralgien und diejenige des Allgemeinbefindens gleichen Schritt zu halten. Über den Erfolg in klinischer Beziehung spricht sich *Olshausen* folgendermassen aus: Bei den in Rede stehenden 66 Fällen wurden 17 Mal nur zweifelhafte Erfolge für die Dauer erzielt, obgleich

während der Cur fast immer eine wesentliche Erleichterung nicht zu verkennen war; in 18 Fällen war die Besserung eine erhebliche und hielt auch längere Zeit an; in 15 weiteren Fällen wurde dieselbe so lange constatirt, dass eine radicale Beseitigung der Beschwerden angenommen werden durfte. Unter diesen 15 Kranken befanden sich 11, bei denen durch die Cur die gleichzeitig bestehende Sterilität beseitigt wurde. In 8 Fällen war der Erfolg ein negativer, ebenso oft konnte derselbe nicht constatirt werden, weil die Patientinnen ausser Beobachtung kamen. Die Dauer der Behandlung erstreckte sich von 3 Wochen bis über 1 Jahr hinaus. Doch wurden die Intrauterinpessarien nicht ununterbrochen getragen, vielmehr öfter entfernt oder durch neue ersetzt, zumal wenn die Cur eine längere war oder der beabsichtigte Erfolg nicht eintrat. *Olshausen* ist ebenfalls vollkommen der Ansicht *Winckel*'s, dass vorzugsweise die Flexionen, seltener dagegen die Versionen diese Behandlungsweise verlangten. Im Gegensatz zu *Winckel* sieht *Olshausen* ungleich öfter in den Anteflexionen als in den Retroflexionen eine Indication. Zum Gebrauch empfiehlt er die einfachen Regulatoren, die nur aus Knopf und Stiel bestehen und am besten aus Hartkautschuk oder Elfenbein angefertigt sind. Die Einführung derselben geschieht mit der Hand, nur bei sehr stark entwickelten Anteflexionen bedient *Olshausen* sich der Sonde als Hülfsmittel. Als nachtheilige Folgen seiner Behandlung sah *Olshausen* fast stets etwas Uterincartarrh oder eine Verschlimmerung des bereits bestehenden. Doch hatte derselbe einen gutartigen Charakter und verlor sich in kürzester Frist. Profusere Blutungen beobachtete er bloss zur Zeit der zunächst folgenden Menstruation. Übelkeit war auch nicht selten vor-

handen. Bestand eine hochgradige Hyperaesthesie der Genitalorgane, so traten gleich nach Einlegung der Intrauterinpessarien oft Uteruskoliken auf; gegen welche sich das Morphium als vorzügliches Heilmittel erwies. In solchen Fällen war aber der Erfolg am eclatantesten, indem alle Beschwerden nach 8—14 Tagen dieser Therapie wichen. Die bedenklichste Begleiterscheinung, die peri- und parametritische Affection entsteht in den ersten 14 Tagen, zuweilen auch noch später; sie kann sich manchmal an eine intensive Peritonnitis anschliessen, gewöhnlich beginnt sie schleichend. Spontane nicht kolikartige Schmerzen, Druckempfindlichkeit bei innerer und äusserer Untersuchung, besonders bei Bewegungen des Uterus, Schmerzen beim Gehen müssen selbst bei noch vorhandener Fieberlosigkeit eine Aufforderung sein, das Instrument sofort zu entfernen. Soll die Cur den gewünschten Erfolg haben, so muss sie längere Zeit und mit Energie fortgesetzt werden. Zum Schluss schreibt *Olshausen* Folgendes: „Durch keine andere Behandlungsweise werden ähnliche Erfolge erzielt, wie durch die Intrauterinpessarien. Aus diesem Grunde sind sie unersetzbar, und unter sorgfältiger Auswahl der Fälle ist ihre Anwendung nicht nur erlaubt, sondern auch indicirt."

Fast ebenso günstig wie dies Urtheil *Olshausen*'s fiel auch das von *Hildebrandt* und *Schröder* aus. Trotzdem erwarben sich die Intrauterinpessarien in der Praxis nie das Bürgerrecht. Und auch unter den Gynaecologen hörte der litterarische Kampf alsbald auf. Dies mag theils darauf beruhen, dass der Forschungsgeist und die Thätigkeit der Geburtshelfer durch die eben auftauchende Antisepsis auf ganz neue, bisher kaum gekannte Gebiete gelenkt wurden, theils mögen die früher so begeisterten

Lobredner der intrauterinen Behandlung durch eine längere und ruhigere Beobachtung doch zur Ansicht gekommen sein, dass sich dasselbe auf eine weniger gefährlichere Art und Weise erreichen lasse. Wenigstens finden sich nach dem Jahre 1872 immer spärlichere Notizen über die Intrauterinpessarien, und auch in den wissenschaftlichen Sitzungen und Publicationen der einzelnen Universitäten wird ihrer kaum mehr Erwähnung gethan. So gibt *Steinmann* in seiner I.-D. (Erlangen 1875) an, dass in Jena überhaupt nur 3 Fälle — es handelte sich immer um eine Retroflexio — mit Intrauterinpessarien behandelt wurden. Durch diese wurde allerdings erreicht, was mit Vaginalpessarien vergebens angestrebt war. Die durch die Knickung hervorgerufenen Symptome verschwanden alsbald in erfreulicher Weise; eine dauernde Besserung war nicht zu verkennen, in 1 Fall gelang sogar eine vollständige Correctur in der Lage des Uterus und Beseitigung aller Beschwerden. Eine unangenehme Complication trat niemals auf.

Auch *Aman* sprach sich in seiner Schrift „Über die mechanische Behandlung der Versionen und Flexionen des Uterus“ zu Gunsten der genannten Behandlungsweise aus. Ebenderselbe war es auch, der noch einmal auf der Versammlung deutscher Gynaecologen zu München (1877) für die Intrauterinpessarien eine Lanze brach. Er erklärte, dass bei Uterusanomalien die intrauterine Behandlung die zweckentsprechendste sei; nur diese vermöge die normale Lage des Uterus wieder herzustellen und sie dauernd zu erhalten. *Aman* ist mit den durch die intrauterine Behandlung erzielten Erfolgen sehr zufrieden. In der sich daran schliessenden Discussion stimmt *Beigel* dem Vorredner vollkommen bei,

ja er geht soweit, dass er alles einzig und allein durch Intrauterinpessarien erreichen will, dagegen jede medicamentöse und symptomatische Behandlung für überflüssig erklärt. Dies letztere hatte *Aman* jedoch sehr betont und darauf grosses Gewicht gelegt. *Beigel* will mehrere 100 Fälle mit Intrauterinpessarien behandelt haben; Reizungserscheinungen hat er nur in der ersten Zeit beobachtet, nachher nicht mehr. Er erklärt, der Ansicht so vieler Autoren nicht beitreten zu können, als ob die intrauterine Behandlung vorsichtig ausgeführt so grosse Gefahren in sich schliesse. *Frankenhäuser* stellt sich jedoch auf den entgegengesetzten Standpunkt; er will die intrauterine Behandlung nicht in die Hände eines jeden practischen Arztes gelegt sehen. Selbst dem Geübten kämen noch immer schlechte Erfahrungen genug vor. Die Vaginalpessarien seien entschieden vorzuziehen, da sie, ohne Gefahr für die Patientin zu involviren, mindestens dasselbe leisteten.

Diesen Scheidenpessarien wichen die Intrauterinpessarien mit der Zeit immer, so dass sie heutzutage wohl nur noch in den seltensten Fällen Verwendung finden. Von England aus wurde allerdings von *G. Bantock* nochmal der Versuch gemacht, sie zu rehabilitiren. Dieser englische Autor sagt in seiner Schrift „Über den Gebrauch und Missbrauch der Pessarien“ etwa Folgendes: „Bei richtiger Retroflexion ist ein vaginales Pessarum vollständig wirkungslos; hier hilft allein der Stift. Ich ziehe allen anderen Instrumenten ein von *Meadow* angegebenes combinirtes Stiftpessar vor. Für die Anteflexio gibt es ebenfalls kein anderes Mittel ausser dem intrauterinen Stift, der jedoch nur mit grosser Vorsicht und Beachtung aller Verhältnisse einzulegen ist. Auch hier empfiehlt sich das obengenannte

Instrument am meisten. Ich habe durch dieses Pessar von Meadow zwei sehr instructive Fälle der seltenen Form von Anteflexio mit Retroversio combinirt zur Heilung gebracht.“ Zum Schluss spricht *Bantock* folgende beherzigenswerthe Worte aus: „Die grosse Mehrzahl der practischen Ärzte weiss wenig oder nichts über die Art der Wirkung dieser Pessarien. Trotz dieser Unwissenheit glaubt fast jeder Arzt, dass er dieselben richtig anzulegen im Stande ist. Daher die zahlreichen und ausserordentlichen Irrthümer, die wir häufig finden.“

Doch auch durch diese Schrift wurden die Intrauterinpessarien nicht wieder zu ihrer ehemaligen Bedeutung zurückgeführt. Wie wenig Anhänger dieselben noch in unseren Tagen zählen, das ersieht man aus Folgendem: In der Section für Gynaecologie auf der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Berlin hielt *Ernst Fraenkel* einen Vortrag über mechanische Behandlung der Uterusdeviationen. Der Intrauterinpessarien thut er nur insofern noch Erwähnung, als er auf die bereits genannte Schrift *Bantock*'s Rücksicht nimmt und dessen „vergeblichen Versuch“ erwähnt, die orthopädische Behandlung durch Vaginalpessarien zu erschüttern und den Intrauterinstift wieder einzuführen. Und kein Autor redete in der sich anschliessenden Discussion den Intrauterinpessarien das Wort.

Es haben dieselben demnach heutzutage wohl kaum noch eine andere als eine geschichtliche Bedeutung. Nach den jetzt herrschenden Ansichten der Geburtshelfer durfte ihre Anwendung nur noch in einem verschwindend kleinen Procentsatz aller Fälle indicirt oder gar erlaubt sein. Und dann sind die complicirter gebauten Instrumente völlig zu verwerfen; sie fixiren den

Uterus viel zu sehr und rufen fast immer nicht ganz unbedenkliche Entzündungen hervor. Am meisten bewährt hat sich immer noch ein dünnes Elfenbeinstäbchen, das an seinem unteren Ende einen Knopf aus leichtem Holz hat; die Einführung desselben gelingt meist ohne Schwierigkeiten. Es gleicht nun allerdings ein solches Intrauterinpessarium die Knickung mit Sicherheit aus. Demgemäss sieht man auch oft die Dysmenorrhoe präcis verschwinden und auch Conception eintreten. Nun verlangen aber grade die Fälle, in denen keinerlei entzündlicher Complicationen die Lageveränderung begleitet, die Reposition des Uterus am wenigsten dringend. Bestehen dagegen gleichzeitig entzündliche Complicationen, dann ist es grade wünschenswerth, dass der Uterus reponirt und in Reposition erhalten wird. Also wo die Intrauterinpessarien am besten zulässig sind, dort sind sie am wenigsten dringend indicirt und wo mechanische Reposition des Uterus und Retention desselben am dringendsten indicirt sind, da sind die Intrauterinpessarien nach dem Urtheil ihrer eigenen Verehrer selten zulässig. Wir sehen daher, dass abgesehen von denen, die den Intrauterinpessarien überhaupt Feind sind, dass diejenigen Gynaecologen, welche am geschicktesten in der Diagnose sind, am seltensten Indication finden für die Application intrauteriner Elevatoren. Hieraus und aus den vielfach bekannt gewordenen Fällen von bedenklichen Symptomen, die durch missbräuchliche Anwendung der Stifte herbeigeführt wurden, ist es erklärlich, dass zur Retention des abnormen abgelagerten Uterus auf andere Instrumente und andere Verfahren gesonnen wurde. Der Uterus kann viel vertragen: Seine Immobilisirung und das stetige Wiedereinführen der herausgefallenen Stifte

müssen uns mit Bewunderung erfüllen vor der Toleranz der Gebärmutter. Ganz indifferent dem durch den Stift verursachten Reiz gegenüber wird sich die Uterushöhle jedenfalls nicht verhalten. Ihre Schleimhaut ist eher verletzbar, sie blutet leicht und neigt bei dauernden Reizungen zu chronischen Entzündungs- und Wucherungszuständen. Auch acute und chronische Metritis, und nicht so ganz selten auch Entzündungen des Beckenperitoneums mit ihren nicht mehr controlirbaren Folgen schliessen sich an Reizungen der Innenfläche des Uterus an. Ganz anders verhält es sich mit der Vagina; diese ist gegen alle Arten von Pessarien ausserordentlich tolerant, so dass die Scheidenpessarien nur ausnahmsweise üble Folgen haben. Dieselben leisten jedoch in jeder Beziehung dasselbe, wie die intrauterine Behandlung.

Es ist hieraus leicht erklärlich, dass die ebenso sicher wirkenden und völlig ungefährlichen Vaginalpessarien immer mehr in Aufnahme kamen, die Intrauterinpessarin dagegen wegen der Gefahren, die bei ihrem Gebrauch entstehen, mit der Zeit fast vollständig aus der Gynaecologie verbannt wurden.

Zum Schluss genüge ich der angenehmen Pflicht, Herrn Prof. Dr. Nieberding für die freundliche Unterstützung, die er mir zukommen liess, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Archiv für Gynaecologie, Bd. II, III, IV, XII.

Transactions of the Obstetrical Society of London, Vol. XV.

E. Martin, „Die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter".

Monatsschrift für Geburtshülfe, No. 30 u. 36.

Reiche, I.-D., Halle 1875.

Rosemann, I.-Aug.-D., Breslau 1870.

Steinmann, I.-D., Erlangen 1875.

v. Scanzoni, „Sexualorgane".

Winckel, „Über die Behandlung der Flexionen des Uterus mit intrauterinen Elevatoren".

Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, No. 5 und No. 47.

Schröder, „Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane".